

Registro de Disecciones de la Aorta Torácica de Tipo B VIRTUE - Diseño del Estudio y Resultados Iniciales

Investigadores del Registro VIRTUE

St George's Vascular Institute, 4th Floor St James Wing, St George's Hospital, London SW17 0QT, UK

Introducción. Las técnicas endovasculares se han hecho cada vez más frecuentes en el tratamiento de las disecciones aórticas de tipo B y se consideran con frecuencia el tratamiento de primera elección de las disecciones agudas complicadas. No está definida la duración a largo plazo de estas técnicas terapéuticas.

Métodos. El Registro VIRTUE es un Registro Clínico Europeo prospectivo con asignación no aleatoria y multicéntrico diseñado para describir los resultados clínicos y morfológicos de 100 pacientes con una disección aórtica de tipo B tratados con el dispositivo torácico Medtronic Valiant. Se llevó a cabo un seguimiento prospectivo durante 3 años de los pacientes con disecciones de tipo B agudas, subagudas y crónicas. Se determinaron los resultados clínicos y la morfología aórtica.

Resultados. Cincuenta pacientes presentaban una disección aguda, veinticuatro subaguda y 26 una lesión crónica. Las tasas de mortalidad a los 30 días del tratamiento de las lesiones agudas, subagudas y crónicas fueron del 8%, 0% y 0%. Las tasas de complicaciones hospitalarias (mortalidad, ictus o paraplejia) de los tres grupos fueron del 16%, 0% y 3,8%, respectivamente. Se determinó el efecto de la revascularización de la arteria subclavia izquierda (ASI), con un 20% en los pacientes con la ASI cubierta no revascularizada frente al 5,8% en el grupo de pacientes con la ASI cubierta y revascularizada.

Conclusión. Se presentan en el Registro VIRTUE los resultados iniciales del tratamiento de las disecciones aórticas de tipo B. Está previsto presentar los resultados clínicos y morfológicos con un seguimiento mayor, hasta los 3 años después del procedimiento.

Palabras clave: *Endovascular* - endovascular; *Type B dissection* - disección de tipo B; *Mortality* - mortalidad; *Tumescent anaesthesia* - anestesia por tumescencia; *Stroke* - ictus; *Paraplegia* - paraplejia.

Análisis Comparativo Prospectivo de la Ecografía Doppler-Color, la Ecografía con Contraste, la Tomografía Computadorizada y la Resonancia Magnética en la Detección de Endofugas Después del Tratamiento Endovascular de los Aneurismas de la Aorta Abdominal

V. Cantisani ^a, P. Ricci ^a, H. Grazhdani ^a, A. Napoli ^a, F. Fanelli ^a, C. Catalano ^a, G. Galati ^b, V. D'Andrea ^b, F. Biancari ^c, R. Passariello ^a

^a *Department of Radiology, University 'La Sapienza', Policlinico Umberto I, Viale del Policlinico 155, 00161 Rome, Italy*

^b *Department of Surgery, Oulu University Hospital, Oulu, Finland*

^c *Department of Surgical Sciences, University 'La Sapienza', Rome, Italy*

Objetivos. Evaluar la precisión de la ecografía Doppler-color (EDC), la ecografía con contraste (EC), la angiografía por tomografía computadorizada (ATC) y la angiografía por resonancia magnética (ARM) en la detección de endofugas después del tratamiento endovascular de los aneurismas de aorta abdominal.

Diseño. Estudio observacional prospectivo.

Material y métodos. Desde diciembre de 2007 hasta abril de 2009 se realizó la evaluación con EDC, EC, ATC y ARM, así como mediante arteriografía en caso de que fuera necesario un posterior tratamiento. Se compararon los valores de la sensibilidad, la especificidad, la precisión y el valor predictivo negativo de las exploraciones ecográficas con los de la ATC y RM como estándares de referencia, o con los de la angiografía, cuando se dispuso de ellos.

Resultados. Se detectaron 24 endofugas (22%; de tipo II: 22 casos; de tipo III: dos casos). Los valores de sensibilidad y especificidad de la EDC, la EC, la ATC y la ARM fueron 58% y 93%, 96% y 100%, 83% y 100%, y 96% y 100%, respectivamente. La EC permitió una mejor clasificación de las endofugas en 10, dos y un pacientes, al compararla con la EDC, la ACT y la ARM, respectivamente.

Conclusiones. La precisión de la EC en la detección de las endofugas después del TEVA es notablemente mejor que la de la EDC, y es similar a la de la ATC y de la ARM. La práctica de la EC como herramienta para el seguimiento a largo plazo después del TEVA parece viable, y podría clasificar mejor las endofugas no advertidas por otras técnicas de imagen.

Palabras clave: *Contrast-enhanced ultrasound* - ecografía con contraste; *Computed tomography* - tomografía computadorizada; *Magnetic resonance* - resonancia magnética; *Endoleak* - endofuga; *Endovascular* - endovascular; *Abdominal aortic aneurysm* - aneurisma de aorta abdominal.

Angulación Severa del Cuello Proximal de los Aneurismas: Resultados Iniciales del Uso del Dispositivo Endurant

F. Bastos Gonçalves ^{a,d}, J.-P.P.M. de Vries ^b, J.W. van Keulen ^c, H. Dekker ^b, F.L. Moll ^c, J.A. van Herwaarden ^c, H.J.M. Verhagen ^a

^a *Erasmus University Medical Center, Gravendijkwal 230, 3015 CE Rotterdam, The Netherlands*

^b *St. Antonius Hospital, Nieuwegein, The Netherlands*

^c *University Medical Center, Utrecht, The Netherlands*

^d *Hospital de Santa Marta, CHLC, EPE, Lisbon, Portugal*

Objetivo. La angulación del cuello proximal de los aneurismas se ha asociado con complicaciones después del TEVA. Nuestro objetivo fue investigar la influencia de la angulación en los resultados iniciales cuando se empleó el dispositivo Endurant.

Métodos. Mediante una revisión retrospectiva de una base de datos multicéntrica prospectiva se identificó un total de 45 pacientes tratados de forma electiva con el dispositivo Endurant, con una angulación severa del cuello proximal, los cuales fueron comparados con un grupo control sin angulación significativa. Los criterios de valoración fueron el éxito técnico y clínico inicial, la precisión en la implantación y las diferencias en parámetros operatorios.

Resultados. El 86,4% de los pacientes eran varones y la edad media 74 años. El ángulo medio infrarrenal (β) era $80,8^\circ \pm 16$ y el ángulo medio suprarrenal (α) $1,4^\circ \pm 21$. Los pacientes del grupo de aneurismas con angulación del cuello presentaban aneurismas mayores (media 309 cc frente a 187 cc), cuellos más cortos (media 27 mm \pm 14 frente a 32,6 mm \pm 13) y una clasificación ASA III/IV en el 74% frente al 56%. La tasa de éxito técnico fue del 100%, con un paciente en el que fue necesaria una extensión proximal no planificada. No se encontraron diferencias en relación a las tasas de endofuga precoz de tipo I (0% frente a 0%), complicaciones postoperatorias mayores (6,7% frente a 6,2%; $p = 0,77$) o supervivencia inicial (97,8% frente a 96,9%, $p = 0,79$). La distancia entre la arteria renal más caudal y la prótesis era 2,4 mm \pm 2,7 frente a 2,3 mm \pm 4,8; $p = 0,9$. Los parámetros operatorios analizados fueron comparables en ambos grupos.

Conclusiones. El tratamiento con el dispositivo Endurant es técnicamente viable y seguro, con resultados satisfactorios tanto en anatomías con o sin angulación. No se perdió longitud de sellado proximal en los casos con una angulación severa, lo que confirma la alta adaptabilidad del dispositivo. Se esperan los resultados a medio y largo plazo para verificar la durabilidad del tratamiento, pero los resultados iniciales son prometedores y cuestionan la opinión actual acerca de la angulación del cuello de los aneurismas de la aorta abdominal infrarrenal.

Palabras clave: *Aortic aneurysm* - aneurisma aórtico; *Abdominal* (MeSH) - abdominal; *Blood vessel prosthesis implantation* (MeSH) - implantación de prótesis vascular; *Treatment outcome* (MeSH) - resultados; *Aortic neck angulation* - angulación del cuello aórtico; *Retrospective studies* - estudios retrospectivos; *Endurant stentgraft* - endoprótesis endurant.

Revisión Sistemática de la Eficacia y Seguridad del Dispositivo Prostar XL para el Cierre de Accesos Arteriales Femorales de Alto Perfil en Pacientes Tratados Mediante Procedimientos Aórticos Endovasculares Percutáneos

S. Haulon ^a, R. Hassen Khodja ^b, C.W. Proudfoot ^c, E. Samuels ^c

^a Vascular Surgery, Hôpital Cardiologique, CHRU Lille, INSERM U1008, Lille, France

^b Vascular Surgery, Hôpital Saint Roch, NICE Cedex 1, France

^c Heron Evidence Development, Ltd. Stopsley, UK

Objetivos. Identificar y analizar la evidencia actual presente en los estudios publicado que evalúan la eficacia y seguridad de un dispositivo de cierre percutáneo para el cierre de accesos arteriales femorales con dispositivos del perfil alto (≥ 10 French).

Diseño. Revisión sistemática de la literatura y meta-análisis.

Material y métodos. Se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas de estudios publicados acerca de la evaluación del dispositivo de cierre vascular Prostar XL. No hubo restricciones en relación al diseño de los estudios ni de la población estudiada. La valoración de los estudios para su inclusión y la obtención de los datos se realizó de forma independiente por dos investigadores. Cuando fue posible, se realizó el meta-análisis.

Resultados. Se incluyó un total de 21 estudios, los cuales aportaban información específica del cierre de accesos arteriales femorales con dispositivos del perfil alto (≥ 10 French) con el dispositivo Prostar XL. El dispositivo Prostar XL, utilizado en el cierre de estos accesos arteriales femorales de gran calibre, tiene una alta tasa de éxito técnico equivalente al publicado para el cierre arterial quirúrgico. Existió evidencia de una reducción en el tiempo operatorio, ingreso hospitalario y reinicio de la deambulación. Las tasas de complicación fueron menores, aunque no de forma significativa, con Prostar XL frente al acceso y cierre quirúrgicos.

Conclusiones. Prostar XL es un dispositivo eficaz y seguro en el cierre de los accesos arteriales femorales con dispositivos del perfil alto (≥ 10 French), comparable con el acceso y cierre quirúrgicos. Además, puede reducir el tiempo operatorio y la hospitalización, con un potencial ahorro en los costes de los procedimientos endovasculares aórticos.

Palabras clave: *Percutaneous Access* - acceso percutáneo; *Abdominal aortic aneurysm* - aneurisma aórtico abdominal; *Thoracic aortic aneurysm* - aneurisma aórtico torácico; *Hospitalisation* - hospitalización; *Review* - revisión.

La Endarterectomía Carotídea Precoz Puede Ser Practicada en el Periodo Hiperagudo sin un Aumento Significativo del Riesgo Quirúrgico

M.K. Salem ^a, R.D. Sayers ^a, M.J. Bown ^a, D.J. Eveson ^b, T.G. Robinson ^b, A.R. Naylor ^a

^a *Vascular Surgery Group, Department of Cardiovascular Sciences, Robert Kilpatrick Clinical Sciences Building, University of Leicester, Leicester LE2 7LX, UK*

^b *Ageing and Stroke Medicine, Department of Cardiovascular Sciences, University of Leicester, Leicester LE2 7LX, UK*

Objetivos. El mayor riesgo de ictus recurrente después de un accidente isquémico transitorio (AIT) o de un ictus minor se sitúa en los primeros 7-14 días. Las guías actuales recomiendan que la endarterectomía carotídea (EAC) debería ser practicada durante ese periodo, pero existen temores en relación a (1) cómo este tratamiento precoz puede ser llevado a cabo desde el punto de vista logístico y (2) si esta actitud terapéutica se asocia a un aumento significativo del riesgo quirúrgico.

Diseño. Estudio prospectivo consecutivo de la demora en el tratamiento quirúrgico y los resultados a 30 días en pacientes con síntomas recientes intervenidos con una EAC entre octubre de 2008 y junio de 2010 después de la creación de un servicio de tratamiento precoz de los AIT.

Resultados. Se practicó una EAC a un total de 109 pacientes sintomáticos, al 78% en los 14 días siguientes al episodio y al 90% en los 14 días siguientes a la fecha en que fueron remitidos. La mediana de la demora de la intervención fue 9 días desde el episodio y 4 días desde la remisión del paciente. No hubo fallecimientos perioperatorios. Se presentaron dos episodios de ictus (uno intraoperatorio y uno postoperatorio) con una tasa de ictus/mortalidad a los 30 días del 1,83%. Los pacientes tratados con una EAC en los 14 días siguientes al episodio neurológico presentaron una tasa de ictus/mortalidad del 2,4% (2/84), que aumentó hasta el 4,3% en los pacientes tratados quirúrgicamente en los tratados en los 7 días siguientes el episodio (2/47).

Conclusión: La reconfiguración de los servicios puede llevar a una reducción en la demora del tratamiento de los pacientes con enfermedad carotídea sintomática. La EAC se puede practicar en el periodo hiperagudo sin un aumento significativo en el riesgo quirúrgico.

Palabras clave: *Carotid stenosis* - estenosis carotídea; *Carotid endarterectomy* - endarterectomía carotídea; *Stroke*- ictus; *TIA* - AIT.